

igz.nl

Nederlands huisartsen congres

Toespraak | 03-12-2007 | | Gerrit van der Wal

Toespraak Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg Gerrit van der Wal op het Nederlands Huisartsen Congres, 23 november 2007 te MECC Maastricht. Huisarts en Farmacotherapie.

In de gezondheidszorg - ook in de huisartsen- wereld is men zich er nog veel te weinig van bewust dat er oom nadelige kanten aan de zorgverlening kunnen kleven. Een aantal risicogebieden; Diagnostiek (niet, te laat of te vroeg verwijzen). Overdrachtsituaties (onvoldoende gegevens, misverstanden, onduidelijke verantwoordelijkheden). Attitude (onvoldoende erkennen en herkennen van eigen tekortkomingen). Coördinatie en regie (versnippering, onduidelijke verantwoordelijkheidstoedeling). Medicatiefactoren.

Dames en heren,

Het is een bijzondere eer voor mij om op dit NHG congres de openingslezing te mogen verzorgen. Zeker als voormalig huisarts, bezoeker van NHG-congressen in de jaren ’70 en ’80 van de vorige eeuw en nog steeds buitengewoon lid van het NHG. Nu sta ik hier als de toezichthouder die namens de overheid waakt over de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg. Om die veiligheid is veel te doen de laatste tijd en dat is mede een reden dat ik nu in uw programma pas, want farmacotherapie en veiligheid hebben veel met elkaar van doen.

Uw voorzitter schreef het al in zijn inleiding in het programmaboekje. Ook de huisarts moet meer aandacht hebben voor de schade die patiënten in het zorgproces op kunnen lopen.

Doeke Post (oud-huisarts en emeritus hoogleraar sociale geneeskunde) stuurde mij onlangs zijn één-na laatste exemplaar van zijn boek Iatrogene ziekten. Hij had in zijn huisartspraktijk een onderzoek gedaan naar de iatrogene schade bij de door hem verwezen patiënten. Zijn boek werd destijds niet geaccepteerd. Men verweet hem dat hij zijn collega’s afviel. Zijn voorstel voor onderzoek naar iatrogene schade in de huisartspraktijk wilde niemand financieren. De tijd was kennelijk niet rijp. André Tempelaar, ook oud-huisarts, publiceerde een paar jaar later zijn artikel in Huisarts en Wetenschap over ‘sterfte en iatrogene schade’. Het werd voor kennisgeving aangenomen.

Marc Conradi promoveerde in 1995 op een onderzoek naar 'fouten van huisartsen'. Hij pleitte in zijn studie voor meer aandacht en maatregelen om fouten te voorkomen. Er zou volgens hem een MIP/FONA-commissie in de huisartsenzorg moeten komen vergelijkbaar met de ziekenhuizen. Deze studie heeft helaas weinig navolging gekend. Maar ook meer in het algemeen is er relatief weinig aandacht geweest voor patient-onveiligheid in de huisartspraktijk (dat geldt trouwens ook voor de andere zorgsectoren)-in ieder geval tot voor kort . Bij het WOK in Nijmegen en het EMGO-instituut in Amsterdam lopen nu enkele studies.

In 1999 publiceert het Amerikaanse Institute of Medicine het opzienbarende onderzoek 'To err is human' (Vergissen is menselijk). Hierin laat dit instituut zien dat er in Amerika ieder jaar tussen de 44.000 en 98.000 patiënten overlijden door medische fouten. In de jaren daarna ontstaat er steeds meer aandacht voor het optreden van onbedoelde en vermijdbare schade. Voor patientveiligheid dus. Ook in Nederland. Denk aan de EMGO/NIVEL-studie van dit voorjaar. Deze studie spreekt van 30.000 patiënten met iatrogene schade en van 1500-2000 potentieel vermijdbare doden per jaar in de Nederlandse ziekenhuizen. Deze studie heeft bijgedragen aan een breder gedeeld gevoel van urgentie.

Er gebeuren in de gezondheidszorg dingen met patiënten die niet de bedoeling waren, en vooral voor hen, maar ook voor de gezondheidszorgprofessionals een enorme last betekenen – in meerdere opzichten. In de gezondheidszorg - ook in de huisartsen-wereld - is men zich er nog veel te weinig van bewust dat er ook nadelige kanten aan de zorgverlening kunnen kleven. En hebben we niet juist beloofd bij het ontvangen van onze artsenbul dat we als eerste 'schade door ons handelen' zullen voorkomen? Primum non nocere! Het kan en mag niet zo zijn dat patiënten schade ondervinden door ons handelen. Wij hebbent de plicht alles in het werk te stellen dat te voorkomen. En daar ontbreekt het helaas nogal eens aan.

Als we naar de huisartsenzorg kijken, wat zou dan de top 5 van onveilige situaties kunnen zijn waar patiënten aan blootgesteld worden en waar we ons bij de aanpak van onveiligheid op zouden moeten richten? Dat is helaas nog niet systematisch onderzocht. In willekeurige volgorde kom ik zelf op een aantal risicogebieden:

1. Diagnostiek (niet, te laat of te vroeg verwijzen)
2. Overdrachtsituaties (onvoldoende gegevens, misverstanden, onduidelijke verantwoordelijkheden)
3. Attitude (onvoldoende erkennen en herkennen van eigen tekortkomingen en feilbaarheid, onverschilligheid) 4. Coördinatie/regie (versnippering, onduidelijke verantwoordelijkheidstoedeling)-vooral ook tussen huisarts+specialist
5. Medicatiefactoren (met name op dit laatste punt kom ik zo terug)

Deze opsomming is vooral gebaseerd op informatie die de inspectie ontvangt van klachtencommissies, meldingen en tuchtzaken. Vaak is de afloop ernstig. De inspectie heeft in het afgelopen jaar ongeveer 130 meldingen met dodelijke afloop vanuit de eerste lijn behandeld. Dat zijn dan nog alleen de incidenten die bij de inspectie bekend zijn! Waarschijnlijk het topje van de ijsberg!!

Inmiddels heeft het ministerie aan het NIVEL opdracht gegeven een studie naar onveiligheid in de extramurale zorg te doen. We hopen dat die studie duidelijker aanknopingspunten geeft. Gezien het hoofdthema van het congres ga ik nu nader in op medicatieveiligheid. Ik zal dat doen aan de hand van een aantal recente en relevante studies.

Enkele weken geleden verscheen het proefschrift van de reumatoloog Harald Vonkeman, werkzaam in het Medisch Spectrum Twente. Hij berekende dat er in Nederland jaarlijks 540 mensen door een maagbloeding onnodig overlijden omdat ze langdurig diclofenac of ibuprofen hebben geslikt. Jaarlijks krijgen ruim 5000 mensen die deze ontstekingsremmers slikken een ernstige maagbloeding. En dat terwijl 2 van de 3 maagbloedingen te voorkomen waren geweest door gelijktijdig maagbeschermende middelen te gebruiken.

Deze ontstekingsremmers waren voorgeschreven door de huisarts of specialist, of door de patient zelf bij apotheek of drogist gekocht. Een nader onderscheid heeft de onderzoeker helaas niet kunnen maken. Toch is er weinig fantasie voor nodig om hier een patientveiligheid bevorderende rol voor de huisarts te zien –ook in geval van zelfmedicatie of een specialist die voor heeft geschreven.

Dan de HARM-studie. Een jaar geleden werd het HARM onderzoek gepubliceerd. HARM staat voor Hospital Admissions Related to Medication. Een studie die voor huisartsen uiterst relevant is. Dat lijkt in eerste instantie niet zo omdat het een studie is die zich in ziekenhuizen afspeelt. Het tegendeel is waar. Het gaat over de ziekenhuisopnames waarbij medicatie een rol speelde. Medicatie die veelal door de huisarts werd geïnitieerd.

Wat laat de studie zien? Van alle ziekenhuisopnames bleek 2.4% geneesmiddel gerelateerd te zijn (dwz 1:40 opnames); voor acute opnames was dat 5,6% (dus 1:18). Van deze opnames bijna de helft als potentieel vermijdbaar beoordeeld. Geëxtrapoleerd naar heel Nederland betekent dit 41.000 geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames en 19.000 potentieel vermijdbare opnames per jaar. Van die potentieel vermijdbaar opgenomen patiënten is uiteindelijk 6,6% tijdens die ziekenhuisopname overleden.

Dat wil zeggen dat naar schatting 1250 mensen per jaar overlijden aan potentieel vermijdbare geneesmiddelenproblematiek, die aanvankelijk optrad buiten het ziekenhuis, dus in de thuis-, verpleeg- of verzorgingshuissituatie is ontstaan. Dus deels ook door huisartsen moet zijn veroorzaakt! Gastro-intestinale bloedingen, cardiovasculaire problemen, respiratoire aandoeningen en ontregelde diabetes mellitus waren de meest gevonden geneesmiddel gerelateerde opname-diagnosen. De geneesmiddelen die de meeste problemen veroorzaakten waren trombocyten-aggregatieremmers, coumarines, NSAIDs, psycholeptica, antidiabetica en corticosteroïden.

Therapieontrouw, leeftijd-ouder zijn, verminderde cognitie, verminderde nierfunctie, niet zelfstandig wonen, meerdere aandoeningen in de medische voorgeschiedenis en polyfarmacie werden geïdentificeerd als de belangrijkste onafhankelijke risicofactoren. De onderzoekers stellen dat het aanbeveling verdient om patiënten met de eerder genoemde kenmerken proactief te benaderen voor extra medicatiebegeleiding, bijvoorbeeld in de vorm van een periodieke medicatiereview. Dan moet gekeken worden naar bijwerkingen, ongewenste polyfarmacie, therapietrouw en effectiviteit.

In een vergelijking tussen 7 Europese landen komt Nederland wat betreft medicatiereview er als slechtste uit. Hier kan dus laag hangend fruit worden geplukt. Een studie waaraan ook het WOK van Richard Grol mee doet. Het ligt voor de hand dat dit een gezamenlijke aanpak van de verschillende behandelaren vraagt –met m.i. een hoofdrol voor de huisarts. Een regierol die u dan wel moet pakken. Ook moet veel meer gebruik gemaakt worden van geautomatiseerde medicatiebewaking, met daarbij speciale aandacht voor de nierfunctie en comorbiditeit. De

inmiddels uitgewerkte richtlijn voor medicatieoverdracht zal zeker bijdragen aan het terugdringen van vermijdbare problemen.

Eén van de speerpunten van de inspectie is dat de gezondheidszorg veiliger wordt. In de ziekenhuissector is een veiligheidsprogramma gestart ‘voorkom schade, werk veilig’. Alle veldpartijen in de ziekenhuissector hebben in juni van dit jaar tegenover de minister en de inspectie de ambitie uitgesproken de potentieel vermijdbare doden en schade de komende vijf jaar met 50% terug te dringen. De inspectie zal er op toezien die ambitie gehaald wordt.

Dat veiligheidsprogramma bestaat uit een aantal structurele maatregelen om de risico’s op onveilige zorg zoveel mogelijk te beperken, het zogenaamd veiligheidsmanagementsysteem, het VMS. Daarin is onder meer opgenomen een systeem waarbinnen incidenten veilig kunnen worden gemeld en geanalyseerd (achteraf) en een analyse van de meest risicovolle processen (vooraf dus). Nog belangrijker is een beleid waardoor de cultuur gaat veranderen, zodat die meer is gericht op veiligheid, het leren van fouten enz.

Andere maatregelen die genomen worden betreffen het verplicht implementeren van een aantal best practices en interventies waarvan vaststaat dat die bijdragen aan meer veiligheid (zoals bepaalde hygiënische maatregelen, een intensivist op elke IC, en preoperatieve al dan niet laparascopische procedures). Ook daar zal de inspectie toezicht op houden.

Gisteren vond het tweede inspectie-congres dit jaar over patientveiligheid plaats, en wel als startconferentie van de derde week van de patiëntveiligheid, want daar zit u met uw congres in. Daar hebben de veldpartijen uit de verpleeghuis- en verzorgingshuissector, de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg een vergelijkbaar veiligheidsprogramma aan de staatssecretaris aangeboden. Ook in dit programma is het uitvoeren van best practices geen vrijblijvendheid meer. En ook voor dit programma heeft de inspectie een handhavingsplan gemaakt.

U zult zich nu wel afvragen wat er met de huisartsen gebeurt. Eerst de ziekenhuizen, dan de care en de ggz, dan zullen nu de huisartsen wel komen. Inderdaad! In 2008 wordt een heel programma voor de eerste lijn uitgerold. Als het goed is, zijn met name de organisaties van huisartsen en apothekers daar al mee bezig. In juni zal de inspectie voor de gehele eerstelijn een bijeenkomst organiseren waar de verschillende beroepsgroepen hun plannen van aanpak om de patientveiligheid te vergroten kunnen presenteren.

De inspectie zal op basis daarvan, ons baserend op de intrinsieke motivatie van de professionals (zoals huisartsen) en dev primaire verantwoordelijkheid van dezen voor de kwaliteit van hun zorgverlening, een handhavingsplan opstellen en er met u voor zorgen dat onveiligheid in de patiëntenzorg zoveel mogelijk wordt uitgebannen. Hiervoor verwacht zowel de minister als de inspectie een grote inzet van u als beroepsbeoefenaar.

Bewustwording van onveiligheid in de zorg is stap één. Het detecteren van die risico’s en het ontwikkelen van plannen ter voorkóming daarvan zijn de logische vervolgstappen. Ik nodig u dan ook bij deze uit om in juni 2008 het jaarlijks patiëntveiligheidscongres van de inspectie bij te wonen -tegen betaling natuurlijk- dat wel. Naast medicatie-veiligheid is er nog een onderwerp dat daar zeker aan de orde komt. Dat is het onderwerp waar ik het in het begin al overhad: melden en onderzoeken van incidenten.

Er is een beeld dat wanneer er wat mis gaat, daar zo snel mogelijk overheen gestapt moet worden. Niets is minder waar. Wanneer er wat mis gaat, en dat maakt iedereen mee, heb je heel wat te doen. In de eerste plaats moet datgene wat misgegaan is worden hersteld. Dat lijkt een dooddoener, maar is het bepaald niet. Hoe vaak wordt niet gedacht, dat het wel weer goed zal komen. U moet juist actief inzetten op een correctie van een misser.

Het tweede wat moet gebeuren is dat aan de patiënt wordt verteld, dat er iets is misgegaan. Ook dat is iets wat veel te weinig gebeurt. Erken gewoon dat het niet goed is gegaan. De patiënt zal u er dankbaar voor zijn. En het mag ook best van de schadeverzekeraar -ondanks dat vaak het tegendeel wordt beweerd. Het is bovendien gebleken dat openheid klachten voorkomt. De derde stap is voorkomen dat het nog een keer gebeurt. En dat kunt u het beste met anderen samen doen.

De maatschappij verlangt van u dat het noch bij u noch bij anderen opnieuw kan gebeuren. Dat vereist heel wat -zowel in termen van cultuur als structuur. In grotere zorginstellingen bestaan al vele jaren FONA commissies, tegenwoordig vaak MIP commissies (meldingen incidenten patiëntenzorg) geheten. Die commissies verzamelen de gerapporteerde incidenten, onderzoeken ze en geven adviezen aan de melder en aan het bestuur van de organisatie. De bedoeling van die procedure is dat wanneer er iets mis is gegaan de organisatie ervan leert. Leren van incidenten die vermijdbaar waren geweest. Het gaat niet om verwijtbaarheid.

Ondanks de bekende meldingsprocedure in ziekenhuizen wordt er nog té weinig gemeld zeker door artsen en worden er té weinig incidenten onderzocht. Om die reden wordt er nu veel aandacht geschonken aan het zogenaamde systeem van veilig melden. Dat wil zeggen dat wanneer iemand een incident meldt, dit geen consequenties voor deze melder heeft. We zetten daar in de ziekenhuissector hard op in. Er is de inspectie veel aan gelegen om te bewerkstelligen dat medewerkers incidenten melden en dat ze onderzocht worden.

Zeer verheugend is dat in sommige huisartsenposten een goede ontwikkeling is te zien op het gebied van het melden en onderzoeken van incidenten. In mijn visie fungeert er straks op het niveau van de huisartsenpost een meldingscommissie voor incidenten in de gehéle huisartsenzorg. Daar kan een goede objectieve analyse plaatsvinden en kan er, los van identiteiten van hulpverleners en patiënten, aan leermomenten worden gewerkt, niet alleen voor degenen die het is overkomen, maar ook voor alle andere huisartsen uit die regio.

Ik roep de huisartsenorganisaties LHV en NHG op hier actief op in te zetten. We komen er in ieder geval op het patiëntveiligheidcongres van juni 2008 uitgebreid op terug. Dat geldt ook voor medicatieveiligheid. Maar farmacotherapie in den brede is zo’n essentieel onderdeel van het huisartsgeneeskundig handelen dat een apart congres erover–zoals dat van vandaag- volkomen op zijn plaats is . Een zeer goede zaak dus en een compliment voor het NHG.

Ik hoop dat u na vandaag zich nog meer bewust bent van het feit dat farmacotherapie risicovol is. Dat u het gepast toepast en dat u en uw collega’s van incidenten leren. Ik wens u een leerzaam congres. Ik dank u voor uw aandacht.